

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1963 - N° _____

186

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Annie GITTON-DUGLET

Née le 18 Février 1936, à Nogent-en-Bassigny (Haute-Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1963

**A PROPOS DE LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE CHEZ LE JEUNE ENFANT**

Président : M. Julien MARIE (Professeur)



IMPRIMERIE R. GARNIER & C* - DIJON

1964

A PROPOS DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE
CHEZ LE JEUNE ENFANT



UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1963 - N° _____

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Annie GITTON-DUGLET

Née le 18 Février 1936, à Nogent-en-Bassigny (Haute-Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 13 Mars 1963

**A PROPOS DE LA LUXATION CONGÉNITALE
DE LA HANCHE CHEZ LE JEUNE ENFANT**

Président : M. Julien MARIE (Professeur)



IMPRIMERIE R. GARNIER & C^e - DIJON

1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOL (P), LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHTER (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

Doyen	M. Léon BINET
	Membre de l'Institut
1 ^{er} Assesseur	M. CORDIER (G)
2 ^e Assesseur	M. CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie	MM. DELMAS (A)
Anatomie pathologie	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
	JAYLE (M.F.)
	SCHAPIRA (G)
Biochimie médicale	
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	
Histologie	JOANON (P)
Hygiène et médecine préventive	GIROUD (A)
Medecine du Travail	N...
Medecine légale	DESOLLE (H)
Microbiologie (bactériologie et virologie)	DEROBERT (L)
Parasitologie	FASQUELLE (R)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT
Pathologie exotique	HUGUIER (J)
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MERKLEN (F.P.)
Pathologie respiratoire	MILLIEZ (P)
Pathologie et thérapeutique générales	TURIAF (J)
Pharmacologie	BOUDIN (G)
Physiologie	CHEYMOL (J)
Physiologie et pathologie obstétricales	BINET (L)
Physique médicale	BARGETON (D)
Radiologie médicale	LEPAGE (F)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	DOGNON (A)
Thérapeutique	DJOURNO (A)
	DESGREZ (H)
	N...
	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	MM. DESGREZ (P)
Biologie médicale	OLONOVSKI (J)
Hygiène et médecine préventive	BOURLIERE (F)
Pathologie chirurgicale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	LAURENCE (G)
Physiologie	Melle LEVY (J)
Physique médicale	MM. PARROT (J)
	KELLERSHOHN (L)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H)
Clinique cardiologique Broussais	N...
» » Beaujon	LORTAT-JACOB (JL)
» » Cochin	LEGER (L)
» » Hôtel-Dieu	PATEL (J)
Cliniques chirurgicales Pitié	CORDIER (G)
» » Saint-Antoine	GOSSET (J)
» » Salpêtrière	SICARD (A)
» » Tenon	OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	ERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de génétique médicale (Enfants Malades)	LAMY (M)

Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades) ..		CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..		MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales Boucicaut		LENEGRE (J)
» » Broussais		SOULIE (P)
» » Cochin		JUSTIN-BESANÇON (L)
» » Cochin		BROUET (G)
» » Hôtel-Dieu		BARIETY (M)
» » Lariboisière		SEZE (S. de)
» » Pitié		DREYFUS (G)
» » Saint-Antoine		KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales Baudelocque		LACOMME (M)
» » Foch (Suresne)		MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)		BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..		MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P)
Séméiologie médicale		DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R)
b) Professeurs à titre personnel :		
Médecine	MM. BOUR (H)	
	LHERMITTE (F)	
	PEQUIGNOT (H)	
II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES		
Anatomie	MM. CABROL (C)	Biologie appliquée à l'Edu- cation Physique et aux Sports
	GOUINAUD (C)	PLAS (F)
	GILLOT (C)	
Anatomie pathologique	OLIVIER (G)	Carcinologie
	GAUTHIER-	BOIRON (M)
	VILLARS (Mlle	DENOIX (P)
	P.) pr. s. ch.	MATHE (G)
	ABELANET (R)	SELIGMANN (M)
	BUSSER (F)	Dermato-syphiligraphie
	CHOMETTE (G)	CIVATTE (J)
	GOUYGOU (Ch)	DUPERRAT (B)
	m. conf.	Electro-radiologie
	NEZELOFF (Ch)	LEDOUX-
	ORCEL (L)	LEBARD (G)
	PAILLAS (J)	Hématologie
Anesthesiologie	KERN (E)	BESSIS (M)
	VOUR'H (G)	BILSKI-
Bactériologie	BARBIER (P)	PASQUIER (G)
	CHRISTOL (D)	DAUSSET (J)
	Le MINOR (L)	DUHAMEL (G)
	TOURNIER (P)	Histologie
Biochimie médicale	BAULIEU (Et)	COUJARD (R)
	m. conf.	pr. s. ch.
	BOURILLON (R)	MAROIS (M)
	CARTIER (P)	RACADOT (J)
	DREYFUS (J.-Cl)	BESANÇON (F)
	GONNARD (P)	CORNET (A)
	KRUH (J)	Hydrologie
	JEROME (H)	BOYER (J)
		pr. s. ch.
		BLANCHER (G)
		CORRE-HURST
		(Mme L)
		SAPIN.
		JALOUSTRE (H)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM. DEBEYRE (J)
ABOULKER (P)
AMELINE (A) pr. s. ch.
VERNE (J.M.)

Clinique médicale	PERRAULT (M)
	RAMBERT (P)
	THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J)
	MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
	OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	MM. HAUDUROY (P) pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

	MM. BOLTANSKY (E)
	LAUNAY (C)
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	Melle DUMAITRE (P)
Conservateur	Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	Mlles LAURENT (H), LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance et de
ma profonde affection.

A MON MARI

Mon meilleur camarade de travail.

A NOS ENFANTS

Qu'ils poursuivent la voie que nous leur
avons tracée.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES MAITRES,
MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'HÔPITAL DE CHAUMONT,

En témoignage de ma reconnaissance pour
leur précieux enseignement.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JULIEN MARIE,

*Professeur de Pédiatrie sociale à la Faculté de Médecine de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,*

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

Vu :

Le Président :

Signé : Julien MARIE.

Vu :

Le Doyen :

Signé : L. BINET.

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Signé : Jean ROCHE.

AVANT-PROPOS

La luxation congénitale de la hanche, chez le jeune enfant, et tout particulièrement le chapitre traitant d'un dépistage et d'une thérapeutique précoces, est toujours d'actualité, tant en France qu'à l'étranger. Aussi, au terme de nos études médicales, avons-nous voulu consacrer ce modeste travail à l'étude de cette affection, de ses causes, de son traitement, en apportant l'avis de quelques-uns des nombreux auteurs qui y ont consacré leurs travaux.

D'après DELANOY et ses collaborateurs, la luxation, en dehors des formes tératologiques, tout à fait exceptionnelles, n'existe pas à la naissance. Le déboîtement ne se produisant que lorsque l'enfant commence à marcher : le nouveau-né ne présenterait qu'une « hanche luxable, une malformation luxante » (LARU).

En fait, on sait, grâce aux examens radiologiques, que toute une catégorie d'enfants naît avec une hanche incontestablement luxée : chez ces sujets, le déboîtement est bien pré-natal.

CONSIDÉRATIONS HISTORIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

Ayant constaté, en 1906, que certaines luxations de la hanche guérissaient spontanément et que cette infirmité n'existait pas chez les enfants des Noires qui sont portés à cheval sur le dos de leur mère, Froelich, orthopédiste de Nancy, conseillait, dès 1909, « de ne jamais emmailloter les bébés, de toujours les tenir les cuisses écartées et de leur mettre un coussin pyramidal entre les cuisses avec bretelles et jarretières ».

Froelich avait trouvé d'emblée la clé du problème des luxations de la hanche. Il ne fut pas écouté et c'est près de cinquante ans plus tard, à la suite des travaux d'Ortolani de Ferrare que l'importance capitale du traitement préventif apparut.

A la naissance, on peut voir :

1° Des enfants qui ont déjà une luxation vraie ou une sub-luxation, la tête fémorale pouvant être sortie complètement ou incomplètement de sa cavité.

2° D'autres qui ne présentent qu'une dysplasie, une malformation, laquelle, en général, se compliquera de luxation après la naissance, ceux-ci ne naissent pas avec.

Le terme « congénital » qu'il faut bien entendu garder (ne serait-ce que pour respecter l'usage) n'est donc pas rigoureusement exact pour ces hanches luxables. Celui « d'héréditaire » conviendrait mieux aux deux catégories précitées.

Ortolani, le premier l'a démontré de façon indiscutable. En effet, dans son remarquable musée de pièces anatomiques, il possède plusieurs bassins de fœtus ou d'enfants mort-nés porteurs de luxations congénitales non tératologiques, leurs squelettes étant normaux par ailleurs.

Cette preuve, à elle seule, suffirait, mais la clinique et la radiologie nous en fournissent d'autres.

En manipulant les hanches des nouveau-nés, on peut sentir la tête du fémur rentrer dans la cavité cotyloïdienne, s'emboîter, ce qui signifie qu'on réduit une luxation. La mère elle-même dit parfois qu'elle sent « la hanche craquer » et c'est pour cette raison que les parents alertent quelquefois le médecin.

L'examen radiologique est encore plus probant, plus démonstratif, car sur certaines radios, on voit clairement que la tête fémorale n'est pas à sa place, parfois elle monte si haut qu'elle atteint et même déforme la fosse iliaque en y creusant une ébauche de néocotyle. Ici la luxation prénatale est fœtale, ancienne, à traiter d'extrême urgence.

Le problème de la luxation de la hanche est particulièrement dramatique en Bretagne où la luxation est un véritable fléau, puisqu'elle atteint dans certaines

régions comme Pont-l'Abbé près de 6% de la population. Dans le reste du pays, la luxation demeure un problème préoccupant. La fréquence chez les enfants du sexe féminin est de 5 pour 1.000 naissances et la moyenne générale est environ de 3 pour 1.000.

Cette affection est certainement héréditaire bien qu'il arrive de ne pas la retrouver chez les ascendants directs. Il semblerait qu'on puisse classer cette malformation dans le groupe des maladies dominantes de pénétrance ou plutôt d'expressivité irrégulière.

La transmission de la tare doit donc s'exprimer parfois de façon assez symptomatique.

Ainsi dans une famille citée par E. Pouliquen, famille à double hérédité, la mère était atteinte d'une luxation bilatérale ; elle a eu d'abord trois enfants porteurs d'une luxation double, mais le quatrième, le dernier, est venu au monde avec une malformation unilatérale, l'autre articulation était parfaitement constituée.

Donc, sur dix hanches, neuf dysplasiques, une saine.

Le frère de la mère avait épousé la sœur du père (hérédité croisée) ; tous deux indemnes de luxation. Or, il y a cinq enfants et pas un seul luxé. Dix hanches saines sur dix.

La luxation congénitale de la hanche est six fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme, certains disent même sept ou huit fois. Ce fait est-il dû à la différence de morphologie des deux bassins ou plutôt le ou les gènes porteur de la tare ne seraient-ils pas solidaires d'un chromosome sexuel ?

D'autres facteurs que l'hérédité semblent entrer en jeu. En effet, la luxation est plus fréquente chez les enfants qui naissent par le siège que chez ceux qui naissent par le sommet.

La luxation ici se produit-elle par suite d'une morphologie anormale du bassin de la mère ou bien est-ce parce que dans la position du siège décomplété, la tête fémorale quitte plus facilement la cavité dysplasique dans laquelle elle est logée ?

Mais peut-elle même sortir d'un cotyle morphologiquement bien développé ? La plupart des auteurs considèrent le phénomène comme possible mais très rare.

C'est généralement une maladie régionale qui, en France par exemple, sévit surtout en Bretagne (jusqu'à 5 ou 6% dans la région de Pont-l'Abbé) et dans le Massif Central ; qui est beaucoup plus fréquente dans le nord de l'Italie que dans le sud, etc...

Elle épargne la race noire à de très rares exceptions près citées par Le Damany qui a fait faire une vaste enquête à ce sujet en 1910.

Il est certain que la technique d'emmaillotement des uns aggrave l'infirmité, tandis que la liberté de mouvements laissée aux bébés noirs ainsi que le fait que leurs mères les portent à cheval sur les hanches exercent une action efficace contre le développement de la luxation.

La luxation congénitale de la hanche est très rare dans certains pays comme le Canada où il y a cependant de nombreuses familles françaises et bretonnes émigrées de longue date ou récemment. Il serait intéressant de connaître le pourcentage de luxés dans ces familles bretonnes, le Docteur Favreau, de Montréal,

estime que, là-bas, la luxation congénitale est rare et le pied bot fréquent (en vingt ans, il a traité 3.700 cas de pieds bots et 265 cas seulement de luxation congénitale de la hanche).

Il y aurait, d'après lui, trois fois plus de pieds bots que de luxation dans les familles britanniques et 14 fois plus dans les familles françaises, à l'inverse de ce que l'on trouve dans les pays d'origine. En Bretagne, on ne voit pas plus d'un pied bot pour 14 luxations (en 1909, Le Damany disait 1 pour 13), mais il arrive que ces deux malformations soient associées.

On sait d'ailleurs que la luxation peut coexister avec d'autres malformations : le torticolis, spina bifida, genu recurvatum, absence congénitale du tibia ou du péroné, angiome tubéreux.

Toutes ces constatations ouvrent des perspectives intéressantes sur les modes de transmission de la tare et sur les facteurs prédisposants, mais ce qu'il faut retenir au moment de faire le diagnostic c'est que la luxation de la hanche est une maladie familiale plus fréquente chez la femme que chez l'homme, survenant souvent après un accouchement par le siège et que peuvent accompagner d'autres malformations (E. Pouliquen).

Autrefois, on ne la reconnaissait que lors des premiers pas par la boîtierie qu'elle engendre, or il est essentiel pour l'avenir de l'enfant de savoir la dépister dès les premiers jours de la vie.

Cela est très possible grâce aux signes cliniques ou radiologiques.

LES SIGNES CLINIQUES

La lésion anatomique majeure est l'insuffisance de profondeur du cotyle (« Cotyle plat ») dont le toit, peu développé, ne fait pas saillie, mais se prolonge en pente douce vers la fosse iliaque externe. La tête fémorale est plus petite que normalement. Le col fémoral enfin est en antéverson exagérée. L'angle d'antéverson du col normalement inférieur à 35°, atteint 40 à 60°).

Pendant les premiers mois, la tête fémorale reste en position haute dans l'articulation (« Luxation incomplète »). Mais il faut insister sur l'aggravation qu'entraîne l'emmaillotement de l'enfant ; il maintient les membres inférieurs en extension forcée, les deux jambes plaquées l'une contre l'autre, la couche formant un billot entre les deux cuisses, tendant à faire sortir la tête fémorale hors du cotyle. L'emmaillotement semble être un facteur déclenchant sans lequel nombre de « hanches luxables » auraient en fait une évolution spontanément favorable. Tous les nourrissons doivent être placés les membres inférieurs en abduction.

Dès que l'enfant marche, le déplacement s'accroît, la tête fémorale dépasse le bord supérieur du cotyle, et vient se placer sous l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans les formes unilatérales, un néo-cotyle se constitue à cet endroit (luxation antérieure appuyée). Dans les formes bilatérales, la tête fémorale glisse dans la partie postérieure de la fosse iliaque externe (luxation postérieure). Le bassin bascule en arrière dans la luxation antérieure, en avant avec forte ensellure lombaire dans la luxation postérieure. Dans les formes unilatérales, le raccourcissement entraîne une bascule latérale du bassin et une scoliose compensatrice.

Le tableau clinique et radiologique sera donc différent selon que l'enfant est vu avant ou à l'âge de la marche.

AVANT LA MARCHÉ

C'est à ce moment que le diagnostic doit être porté et le traitement institué. Parfois, l'attention de la famille est attirée par une rotation externe d'une jambe, par une asymétrie des deux membres inférieurs. Souvent cependant, ces modifications minimales passent inaperçues et c'est l'examen systématique de petites filles dont la mère était elle-même atteinte qui fait suspecter la malformation.

Les données de l'examen clinique sont cependant pauvres ; asymétrie des deux membres inférieurs des plis fessiers et cruraux, léger raccourcissement d'un côté (mensuration sur le membre en flexion à 90° sur le bassin).

Le signe du ressaut est dès lors le plus important.

Le signe du ressaut se traduit par une secousse perçue au cours de l'examen quand on fait entrer ou sortir la tête fémorale de la cavité cotyloïde.

Technique de recherche

On couche l'enfant sur le dos, les cuisses étant fléchies à 90°.

Les genoux pliés, à angle droit, on les empaume en plaçant le pouce sur la face interne de la cuisse et on place les autres doigts allongés sur la face externe de manière à ce que les phalangettes soient placées au niveau du grand trochanter.

Il faut écarter ensuite les genoux et tâcher de les amener au plan du lit ce qui revient à mettre l'enfant en position dite de « grenouille ».

C'est au cours de cette manœuvre que l'on peut avoir tout d'un coup une sensation de ressaut, de craquement dû à la rentrée de la tête dans sa loge : c'est le ressaut à l'abduction.

En faisant la manœuvre inverse, c'est-à-dire en relevant les genoux tout en appuyant sur les fémurs, on fait ressortir la tête, c'est le ressaut à l'adduction (ces manœuvres ont avantage à être faites les yeux fermés, ce qui donne un sens tactile plus aigu).

Le signe du ressaut est souvent très net, surtout au cours de l'abduction forcée : non seulement on le sent, mais on peut le voir, on peut même l'entendre.

Est-il perceptible dans les cas de simple dysplasie, de malformation luxante (Lance) de hanches seulement luxables ? Pas spontanément, mais il est possible de le « provoquer » en forçant l'adduction du fémur.

Le signe du ressaut est-il pathognomonique de la luxation ? A-t-il une valeur absolue comme le prétend Ortolani, ce maître italien qui est un vrai « toucheur de hanches » ? (F. Laurence).

Tous les orthopédistes ne sont pas de cet avis, certains soutiennent qu'il peut y avoir ressaut sans luxation, simplement du fait d'une grande laxité articulaire.

Cette opinion ne paraît guère défendable à certains auteurs car « ressaut à l'adduction » veut dire rentrée totale ou partielle de la tête dans sa cavité. Il ne peut avoir lieu que si la tête était sortie au préalable et se trouvait donc en état de luxation ou sub-luxation au moins temporaire.

Ortolani a d'ailleurs vivement protesté contre cette critique et entend garder au signe du ressaut, qu'il a toujours exalté depuis vingt ans, une valeur pathognomonique.

C'est le mérite de cet auteur d'avoir montré par des examens anatomiques, qu'au signe du ressaut correspond toujours des altérations du bourrelet fibro-cartilagineux.

La tête fémorale peut se luxer complètement, plus souvent elle accroche le bord supérieur du cotyle au niveau du ligament rond ou de sa fossette, ce qui produit la sensation du ressaut.

Ortolani a bien montré, aussi, la limite de ce signe ; le signe du ressaut peut être fugace et décelé seulement dans les premiers jours de la vie.

Deux explications sont possibles : ou bien la dysplasie s'améliore très rapidement vers une hanche normale, ou bien la luxation devient irréductible et ne donne plus de ressaut après quelques jours. Dans ce cas, les signes radiologiques restent évidents.

Le signe du ressaut est donc toujours caractéristique d'une dysplasie au moment où on le perçoit. Sa disparition ou son absence ne permettent pas d'affirmer l'intégrité de l'articulation.

Il existe d'autres signes de luxation de la hanche du nourrisson, ces signes moins importants, peuvent toutefois donner l'éveil.

Le raccourcissement du membre atteint serait évidemment un excellent signe s'il n'était pas difficile à trouver par la simple mensuration et s'il ne faisait pas défaut dans la luxation bilatérale.

La rotation du pied peut être obtenue d'une façon exagérée dans les cas de luxation, mais c'est encore un signe assez difficile à reconnaître.

La raideur anormale de la hanche à l'écartement, surtout quand elle est unilatérale, est un symptôme beaucoup plus important et on voit plusieurs fois des mères consulter parce que les mouvements de la hanche du bébé au moment de la toilette leur paraissaient anormaux ; pas assez souples, parfois aussi parce qu'elles sentaient ou entendaient un craquement à la mobilisation de la hanche de leur nourrisson.

De même, l'examen du pli fessier est très important ainsi que, chez la petite fille, une asymétrie possible de la vulve. En fait, ces petits signes doivent donner l'éveil, faire rechercher un ressaut et pratiquer un examen radiographique.

L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE

L'examen radiologique, à condition d'être fait correctement, fournit des renseignements précis dès la naissance, susceptibles de compléter ceux donnés par l'examen clinique. Le mieux, certes, est de le pratiquer sitôt après l'accouchement ; il est cependant plus facile à faire si l'on attend quelques jours, de 10 à 15 par exemple, ce délai ne présente aucun inconvénient si on a le soin de ne pas emmailloter l'enfant entre temps, et de le tenir préventivement les jambes écartées dès le premier jour. Attendre plus longtemps, trois ou quatre mois, serait dangereux, un non-sens, une hérésie même, car on sait que les déformations osseuses s'aggravent avec une rapidité extraordinaire, et qu'en revanche, des déformations s'arrangent avec la même rapidité quand la tête est mise en bonne position.

Bien qu'il ne soit pas toujours facile d'interpréter une radiographie si précoce, il faut quand même pratiquer le plus tôt possible, quitte à la faire lire par un confrère plus entraîné, si on ne veut pas encourir la responsabilité d'une défectueuse interprétation.

Dès le début du siècle, plusieurs orthopédistes avaient déjà eu recours à la radiologie pour le diagnostic de luxation, mais c'est Putti qui en a fait l'étude la plus complète et les signes qu'il avait décrits restent classiques, ce sont :

- 1° l'obliquité anormale du toit cotyloïdien.
- 2° l'écartement exagéré des têtes fémorales en dehors.
- 3° l'ascension du fémur avec raccourcissement des membres et rupture du cintre cervico-obturateur.
- 4° le retard d'ossification de la tête fémorale.

Les clichés doivent être pris strictement de face. Ils peuvent alors mettre en évidence le déplacement en dehors et en haut de la tête fémorale. Cependant la lecture peut être difficile lorsque le noyau épiphysaire est encore absent. Celui-ci apparaît normalement vers 6-8 mois, mais il est souvent en retard dans les luxations de la hanche. Aussi de nombreux repères ont été décrits pour permettre un dépistage précoce, notamment ceux d'Hilgenreiner qui présentent le mérite de la simplicité et d'une précision suffisante. Ils mesurent l'obliquité du toit du cotyle osseux, la position de la métaphyse fémorale en haut et latéralement par rapport à la ligne des Y : la ligne horizontale passant par les 2 cartilages en Y.

1° L'angle cotyloïdien C.

Cet angle a son sommet au bord inférieur de l'ilion ; il est formé par une ligne des Y horizontale et par l'oblique passant du bord externe du toit, il varie

assez peu avec la bascule du bassin en avant ou en arrière ; il varie par contre beaucoup avec la rotation du bassin sur son grand axe vertical.

Normalement C est de 30° environ à la naissance. S'il mesure moins de 30°, le développement du toit du cotyle est normal ; s'il mesure plus de 35°, le développement du toit osseux est sûrement insuffisant.

Nous avons étudié ces variations au cours des premiers mois (fig. 1) et nous avons montré que le record osseux du toit du cotyle se développe dans le toit cartilagineux, qui existe, mais reste invisible aux rayons X sur le cliché standard.

C s'abaisse régulièrement jusqu'à six mois où il atteint 20°. Ensuite, l'angle C reste autour de 20° jusqu'à trois ans.

Dans le même temps, s'ébauche le talus, c'est-à-dire la partie externe du toit osseux, l'angle que forme la face externe de l'ilion avec la face supérieure du cotyle osseux est très obtus à la naissance ; il se ferme progressivement pour atteindre l'angle droit vers un an.

Tout angle C qui reste au-dessus de 25° à six mois répond à un défaut de développement du toit osseux. La signification de ce défaut d'abaissement du toit osseux est variable ; tantôt il s'agit d'une aplasie régionale ; l'angle est ordinairement élevé, le talus ne se forme pas ou reste irrégulier, encoché, éversé ; tantôt il s'agit seulement d'un défaut d'abaissement du toit osseux dans un cotyle cartilagineux bien formé. Cela peut n'être qu'un retard d'ossification, une immaturité osseuse.

Si les conditions mécaniques sont favorables, ce retard se comble plus ou moins vite, et les radiographies successives montrent que le toit s'abaisse régulièrement sans défaut ou avec des défauts très légers du talon cotyloïdien. Toutefois si la mise en charge ou les premiers pas se produisent avant que le toit osseux soit suffisamment abaissé, l'appui se fait sur la portion fibro-cartilagineuse du cotyle. Celle-ci reste souple parce qu'elle n'est pas armée d'os. Elle se déforme à l'appui, le cotyle s'ovalise, l'ossification de la maquette cartilagineuse se fait en mauvaise position, la dysplasie se fixe, la sub-luxation ou la luxation peuvent se produire. Ces déformations secondaires restent longtemps réversibles si des conditions mécaniques normales sont rétablies.

2° L'examen de la métaphyse du fémur.

Elle se mesure sur les radiographies entre la ligne des Y et le sommet de la métaphyse. Elle mesure de 6 à 12 mm à la naissance ; elle varie avec l'abduction ou l'adduction du fémur. Au-dessous de 5 ou 6 elle témoigne d'une ascension du fémur par rapport au cotyle ; elle ne se voit pas seulement dans la luxation, mais également dans la coxa vara congénitale.

Les autres signes radiographiques sont plus tardifs : comme le retard dans l'apparition des noyaux céphaliques, leur asymétrie et leur excentration.

3° L'excentration latérale.

L'excentration latérale se mesure sur les radiographies entre le bord intérieur de l'ilion et la projection de la métaphyse sur la ligne des Y. Elle est représentée par la ligne « d ». Elle augmente assez régulièrement après la naissance ; de 10 à 16 mm à la naissance, elle atteint 18 à 20 mm à un an. Elle varie

évidemment avec la taille de l'enfant. En principe, elle ne varie pas avec les rotations du membre puisque le sommet de la métaphyse correspond, chez le nourrisson, au grand axe du fémur. Elle varie, par contre, avec la rotation du bassin sur son axe.

Une distance « d » de 18 à 20 mm est sûrement pathologique à la naissance. Plus tard on tiendra compte dans l'appréciation de l'excentration latérale de la situation de l'épine du col par rapport à l'ombre osseuse de l'ischion.

Ces mesures radiographiques n'ont pas une valeur absolue. Il faut également tenir compte de l'aspect général de l'articulation et la comparer avec celle du côté opposé. D'autre part, le cliché pris dans les premiers jours ne présume pas du potentiel de croissance des noyaux osseux.

Un toit de cotyle à 30° à la naissance est habituel et la radiographie sera donc considérée comme normale. Mais si, pour une raison ou pour une autre (aplasie régionale, retard de l'ossification ou immaturation, appui excessif du fémur contre le toit cartilagineux) le talus ne se développe pas dans les premiers mois, l'angle C restera élevé ou s'abaissera mal. Il restera par exemple de 25° à 30° à six mois. L'image radiographique à cette date sera alors considérée comme anormale, alors que le cliché à la naissance paraissait satisfaisant.

En conclusion, si l'examen radiologique permet parfois d'affirmer la luxation congénitale, la lecture des clichés peut être difficile et les conclusions peuvent être sujettes à caution. On peut soit pécher par excès, affirmer la luxation chez un enfant normal (l'erreur n'est pas trop grave, puisque la seule conséquence est de langer l'enfant les jambes écartées), soit pécher par défaut et rassurer à tort les parents d'un enfant luxé. L'erreur est là catastrophique.

C'est pourquoi le cliché à la naissance ne suffit pas dans la grande majorité des cas où l'examen clinique laisse suspecter une dysplasie. La découverte d'un signe de ressaut ou l'existence d'antécédents familiaux ont autrement de valeur, et il faudra répéter les clichés à 3 mois et à 5 ou 6 mois avant d'affirmer que l'évolution radiographique est normale, voire demander une arthrographie dans les cas douteux.

LA LUXATION A L'AGE DES PREMIERS PAS

A. — LE DIAGNOSTIC AVANT LA MARCHE

Il n'est pas utile de différencier dans l'étude clinique la subluxation de la luxation. Si les signes ne sont pas strictement les mêmes, il faut bien penser que ce n'est pas la clinique qui les différenciera, mais la radio. Si la radio était un examen simple (ce qui n'est pas toujours le cas dans certaines régions éloignées) et sans danger (ce qui n'est pas le cas, puisque cette radio portera sur la sphère génitale), on dirait volontiers que la moindre ébauche de suspicion doit faire pratiquer une radiographie. Cependant, malgré ses inconvénients, la radio doit être pratiquée si un examen clinique attentif ne permet pas d'éliminer formellement la luxation (P. Masie).

1) Les signes qui attirent l'attention :

Ce sont bien entendu les signes d'inspection qui attirent l'attention des parents. Le principal et le plus évident est l'asymétrie des plis cutanés, habituellement plus hauts, plus nombreux et plus profonds du côté de la hanche luxée. On explique cette asymétrie par la trop grande abondance de peau sur un membre raccourci.

Ces plis peuvent être visibles à la face antérieure ou à la face postérieure de la cuisse. Cette asymétrie presque constante dans les luxations unilatérales est beaucoup moins apparente, sinon inexistante, dans les luxations bilatérales.

Heureusement pour la facilité du diagnostic, les luxations bilatérales sont exceptionnellement symétriques et l'on observe plus fréquemment une luxation d'un côté, une subluxation de l'autre. De telle sorte que c'est du côté de la luxation qu'apparaissent en général les signes d'inspection que nous avons mentionnés plus haut.

La position du membre en abduction et surtout en rotation externe permanente inquiète souvent les mères attentives ; la relative immobilité du membre luxé est rarement évidente et n'arrive pas souvent à attirer l'attention.

Il est exceptionnel, bien qu'une observation soigneuse le montre bien, que l'inspection du périnée évoque la luxation : il est plus large du côté luxé, la tête étant éloignée du cotyle.

2) Les signes qu'il faut rechercher :

Quoi qu'il en soit, tous ces signes d'inspection ne font qu'attirer l'attention, sans permettre de poser le diagnostic de façon certaine. Il faut alors pratiquer la recherche des mouvements de la hanche dont la modification permettra de remplacer la suspicion par présomption.

Le mouvement le plus modifié dans la luxation de la hanche est l'abduction qui est en général largement diminuée par la tension des muscles adducteurs. Cette limitation de l'abduction est nette les cuisses étendues, plus nette encore les cuisses fléchies. On la recherchera, l'enfant couché sur le dos, sur plan dur. Les épines iliaques étant sur un même niveau horizontal, on écarte doucement les cuisses. Le côté luxé bloque largement avant le côté opposé ou entraîne l'épine iliaque de son côté. Dans les luxations bilatérales, l'abduction ne dépasse pas en général 60° alors que chez le petit enfant souple on peut atteindre 80 ou même 90° (plan de la table).

Les autres mouvements normaux sont habituellement conservés sinon augmentés par rapport au côté opposé. Outre les mouvements normaux on recherche les mouvements anormaux. Le principal est le mouvement de piston ; la main droite saisit le membre inférieur genou fléchi et pousse dans son axe la tête du fémur vers l'arrière ; on a alors l'impression d'un mouvement de recul qui permet à la tête de sortir du cotyle en arrière ; de la même façon, on attirera le fémur vers l'avant, on obtient l'impression de sortir la tête du cotyle en avant ; ce signe est pratiquement constant dans les luxations de la hanche complète ; il est par contre peu apparent dans les subluxations où les mouvements anormaux de la tête hors du cotyle sont extrêmement limités. L'enfant étant dans cette position on cherchera également le raccourcissement ; les cuisses fléchies à angle droit sur le bassin, les jambes à angle droit sur les cuisses, on constate que le genou est plus haut du côté sain. Cette recherche doit être attentive, car il est facile de tricher avec l'élasticité de la fesse et celle de la table si elle n'est pas suffisamment dure ; la pression dans l'axe du fémur devra être la même des deux côtés.

Ces signes suffisent presque à poser le diagnostic de luxation de la hanche ; on complètera toutefois l'examen par la palpation de la région qui pourra montrer une ascension du grand trochanter au-dessus de la ligne de Nélaton-Roser, tendu de l'épine iliaque antéro-supérieure à la tubérosité ischiatique. A vrai dire, cette recherche est difficile chez un petit enfant gras. La palpation permettra également de constater l'absence de l'habituelle résistance offerte par la tête fémorale, immédiatement en dehors et en dessous du point où l'artère fémorale croise l'arc de crurale. Dans certains cas très exceptionnels de luxation en avant, on peut sentir la tête elle-même offrant une résistance dure à ce même niveau. Il est exceptionnel chez le petit enfant qu'on puisse palper la tête fémorale en arrière et au-dessus de sa localisation habituelle.

Ces signes devront naturellement faire pratiquer une radiographie des hanches de face, en position parfaitement symétrique.

Ce n'est en effet que la radiographie qui permettra d'affirmer de façon certaine l'existence d'une luxation de la hanche et de différencier la luxation vraie de la subluxation.

Le diagnostic, lorsque l'enfant marche, est fourni pour tous les signes ci-dessus décrits, qui restent bien entendu valables lorsque l'enfant a commencé à marcher.

Mais c'est la marche elle-même qui fait le plus souvent porter le diagnostic, en général aux environs de 18 mois. Beaucoup de temps a été perdu pour le traitement et l'on ne peut espérer un résultat aussi favorable que si la luxation avait été dépistée avant la marche.

FORMES CLINIQUES ET PRONOSTIC

Avec Bedouelle, il semble qu'on puisse classer les dysplasies de la hanche en trois grands groupes :

- la dysplasie familiale héréditaire,
- la dysplasie congénitale simple,
- les formes associées et tératologiques.

1° La luxation et sub-luxation familiale héréditaire.

C'est celle qu'on trouve surtout dans les pays à luxation : Bretagne, Massif Central, Italie du nord, etc...

Les dysplasies mineures, susceptibles d'entraîner des coxarthries à l'âge adulte, sont au moins aussi fréquentes que les luxations ou sub-luxations vraies.

Dans cette forme, on peut trouver chez le nouveau-né une luxation vraie. Plus souvent, les signes de dysplasie sont discrets à la naissance, mais l'évolution montre des signes d'aplasie régionale : toits très obliques et retard d'apparition des noyaux osseux céphaliques.

Même traitée, cette aplasie se corrige lentement et irrégulièrement.

Le traitement préventif peut donner une hanche normale ; parfois de petits défauts subsistent : obliquité un peu accentuée, toit un peu court, antéversion exagérée.

On peut imaginer la fréquence de cette forme en se référant aux statistiques des « pays à luxation ».

Les dernières statistiques du Finistère, de 1960, ont montré que près de 6% des nouveau-nés présentent une dysplasie de la hanche (trois filles pour un garçon). Près de 40% de ces enfants dysplasiques qui ont pu être contrôlés de nouveau à cinq mois, avaient encore une hanche anormale malgré le traitement préventif.

2° La dysplasie congénitale simple :

Ici, il n'y a pas d'antécédents familiaux, le mécanisme de la dysplasie est peut-être celui d'une malposition intra-utérine. Celle-ci s'ajoute aux défauts habituels de la hanche du nouveau-né.

L'association à un pied talus, talus valgus, à un genu-recurvatum de position, sont des arguments cliniques en faveur de cette forme anatomique. Dans cette forme, un signe du ressaut et des signes radiologiques peuvent coexister ; mais il n'est pas rare que le signe du ressaut s'accompagne d'une image radiologique

normale à la naissance. L'abaissement du toit osseux est plus rapide et plus régulier que dans la forme familiale et héréditaire. Le noyau osseux de la tête fémorale apparaît à une date normale.

Beaucoup de ces hanches peuvent devenir normales sans traitement malgré les signes cliniques et radiologiques évidents de dysplasie. Nous en avons des exemples et nous pensons que les observations de hanches subluxée ou luxées spontanément réduites, rentrent dans ce cadre.

Une telle attitude d'abstention comporte un risque considérable, car nous possédons aussi des observations, où l'absence de traitement aboutit à une sub-luxation confirmée. Par contre, le traitement préventif de cette forme est assuré de succès.

La fréquence de cette forme est difficile à préciser. A titre d'exemple, on a pu montrer que dans la région parisienne, 10% des enfants présentant un pied talus avaient une dysplasie de la hanche et 10% de ceux-ci (soit 1% du total des enfants présentant un pied talus) gardent une anomalie de la hanche résistant à un traitement simple.

3° Les formes associées et tératologiques

Cette rubrique englobe les formes où l'on retrouve une cause, telle que spina-bifida, malformation vertébrale ou une association de plusieurs déformations, comme dans l'arthrogrypose (où s'associe souvent un pied bot, un genou flexum ou recurvatum et une lésion de la hanche).

Ces malformations sont assez rares mais, dans leur nombre, 60% des enfants présentent une anomalie de la hanche.

Ces anomalies peuvent être des luxations vraies, qui existent souvent à la naissance, des sub-luxations ou des dysplasies simples.

Leur résistance au traitement est variable, leur pronostic dans l'ensemble très médiocre, fonction des raideurs articulaires et des lésions associées.

C'est, en fait, un problème assez particulier de la pathologie de la hanche.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

1) **Le problème de dépistage** est certes le plus important. Un certain nombre de principes généraux se doivent d'être rappelés :

Le signe du ressaut doit être recherché systématiquement chez tout nouveau-né ou tout nourrisson vu en consultation.

Une radiographie systématique à la naissance et plus tard si c'est nécessaire, est indispensable chez les enfants qui présentent des antécédents familiaux, un pied talus ou des malformations multiples des membres.

Il faut éviter formellement certaines manœuvres, telles que l'extension rapide des hanches du nouveau-né (mesure de la longueur) et le langage en extension, genoux serrés.

2) **Le traitement préventif est simple**, il suffit de supprimer l'emmaillotement qui tend à placer les fémurs en adduction, et mettre le jeune nourrisson en abduction fémorale.

Dans les cas douteux, ou même après une bonne radiographie, on hésite à affirmer l'existence d'une dysplasie, on conseillera à la mère de garder les jambes de l'enfant écartées en lui mettant des langes très épais entre les jambes, et de refaire un examen radiologique de contrôle au bout de trois à quatre mois. Une telle attitude ne justifie pas le reproche que l'on fait à la méthode ultra-précoce de traiter même ceux qui auraient guéri spontanément.

3) **Le traitement avant la marche** ne peut être appelé véritablement curatif car la déformation n'est pas fixée. Il n'est pas non plus une thérapeutique préventive puisque cette déformation existe. Tout se borne à éviter la fixation en mauvaise position.

Guías a bien montré par arthrographie et radiographie que si l'on ne fait rien, les malformations osseuses de la luxation s'aggravent avec une rapidité extraordinaire et qu'au contraire si l'enfant est placé en bonne position l'amélioration se fait avec la même rapidité. Il suffit d'obtenir un écartement des deux membres inférieurs en légère flexion par un lange épais placé entre les deux cuisses. Un écart de 90° entre les deux membres inférieurs est suffisant. Ce lange peut être remplacé par une culotte spéciale, mais pour maintenir sans danger un bon écartement. Un coussin ou un rondin (1) entre les jambes valent mieux que tous les appareils orthopédiques.

Les chirurgiens de Pont-l'Abbé utilisent un coussin inspiré du coussin d'Ortalan-Freycka. Ce coussin est bon parce qu'il maintient bien l'écartement et reste correctement appliqué grâce aux bretelles qui passent par dessus les épaules.

On pourra utiliser un billot de bois fixé sur une planchette permettant l'abduction des cuisses. Le diamètre du billot doit être de 18 à 20 cm. L'extrémité supérieure de la planchette doit être légèrement surélevée. Cette mise en abduction sera maintenue jusqu'aux premiers pas de l'enfant vers quatorze-quinze mois.

Quand les conditions familiales rendent difficile la surveillance d'un tel appareillage, les deux hanches sont immobilisées dans un appareil plâtré. L'écartement entre les deux membres inférieurs ne doit pas dépasser 90°, la flexion 25° (la rotation est indifférente). Les appareils sont changés régulièrement pendant le temps de l'immobilisation (trois à six mois). Les radiographies successives montrent l'abaissement progressif du toit osseux du cotyle. Quand les hanches ont un aspect radiologique normal, les appareils sont quittés le jour mais conservés la nuit pendant quelques mois. La marche précoce, enfin, doit être évitée.

Sont justiciables de ce traitement :

1° Tous les enfants qui présentent des antécédents familiaux, qu'ils aient ou non des signes cliniques radiologiques de dysplasie.

Ce traitement sera abandonné devant des signes cliniques et radiologiques d'intégrité articulaire, souvent vers six mois.

2° Les enfants qui présentent un pied talus ne seront traités que s'il existe des signes cliniques ou radiologiques de dysplasie. Les autres seront suivis régulièrement par examens et radiographies successifs jusqu'à certitude de hanches normales.

Un traitement plus précis par attelles, appareil plâtré, ou même réduction progressive par extension continue, est nécessaire chez les enfants qui présentent un signe d'Ortolani « en rentrant », ou une image de déplacement de la métaphyse en haut et en dehors sur la radiographie, et chez les enfants dont la réduction ne se maintient pas en abduction simple.

Tout enfant en traitement doit être surveillé

Cliniquement au moins tous les mois et radiologiquement tous les deux ou trois mois, jusqu'à la certitude d'un développement normal de la hanche.

Celui-ci se produit, en cinq à dix mois, dans les dysplasies simples, en dix à douze mois, en cas de forme familiale et héréditaire.

Un dernier cliché, au moment de la marche, est encore nécessaire à titre de contrôle et, ultérieurement, tous les ans ou tous les deux ans. Une mesure des antévversions des cols fémoraux peut être conseillée vers 8 ans.

Le faible risque que comporte la répétition de ces clichés est sans commune mesure avec le bénéfice que l'enfant en tire.

L'avenir immédiat est bon. Van Rosen signale la disparition totale des luxations de la hanche à Malmö où le dépistage précoce est fait de façon systématique dans toutes les maternités depuis cinq ans.

Mais déjà, il nous semble persister, dans certains cas, quelques anomalies cliniques et radiologiques, que nous surveillons attentivement. Ici, un fait du cotyle reste un peu oblique, là, un peu court, recouvrant mal la tête fémorale, là encore l'antévversion des cols fémoraux reste exagérée, et nous avons déjà dû pratiquer des ostéotomies de correction d'axes du col.

Ce sont là les inconnues d'une méthode qu'on peut d'ores et déjà qualifier de très bénéfique.

4) A l'âge de la marche, le traitement devient curatif et les résultats ne sont plus aléatoires. Il faut d'abord effectuer pendant un mois une extension continue en abduction (pour combattre la rétraction des muscles pré-articulaires) puis procéder à la réduction sous anesthésie générale si possible.

Le membre inférieur étant fléchi à angle droit sur le bassin, la jambe en extension sur la cuisse, refouler la cuisse de haut en bas ; la tête passe derrière le cotyle, il convient d'abaisser alors le genou en abduction, un aide refoulant le trochanter d'arrière en avant. La perception d'un ressaut traduit le franchissement du bord postérieur du cotyle. On peut également abaisser davantage la tête fémorale, et la faire réintégrer le cotyle par son bord inférieur.

Dans quarante pour cent des cas, la réduction est facile, stable.

Il faut la maintenir par un plâtre (abduction 90 degrés, rotation externe 70 degrés, flexion 30 degrés C). Ce plâtre sera laissé trois à quatre mois. Puis, pendant six mois, utiliser un appareil à hanche libre, maintenant l'abduction, mais permettant la flexion.

La marche ne sera reprise que plus tardivement, et il y a longtemps intérêt à remettre la nuit un appareil maintenant les membres inférieurs en abduction.

— Dans dix pour cent des cas, la luxation est irréductible ou incoercible.

Il faut recourir au traitement chirurgical après nouvelle mise en extension continue.

— Dans dix pour cent des cas, les résultats sont médiocres ; la réduction est possible, mais elle n'est pas parfaite, la tête reste légèrement externe et haute.

C'est au spécialiste de dire s'il convient de se contenter d'un traitement orthopédique ou de préférer le traitement chirurgical.

Mais en règle, toute luxation congénitale devrait être dépistée et traitée avant la marche.

Malheureusement en la matière, l'éducation des parents et des médecins n'est pas encore très ancienne. Bien des malformations osseuses pourraient être ainsi évitées si connues à temps : la luxation congénitale de la hanche en est un exemple type.

CONCLUSIONS

La luxation congénitale du nourrisson est une affection qui guérit si le diagnostic est ultra-précoce et par là-même le traitement immédiatement appliqué.

Une statistique intéressante à cet égard, est celle d'Ortolani. Cet auteur, sur 1.293 cas observés de 1940 à 1951 a obtenu 1.200 résultats excellents. Il n'a constaté que deux pour cent d'épiphyssite chez les enfants soignés dans les trois premiers mois.

P. Petit écrit :

« Peut-on comparer le traitement qui consiste à disposer intelligemment les langes d'un nourrisson pendant les premiers mois de la vie pour obtenir dans l'avenir une hanche normale ou peu modifiée, dont la fonction sera parfaite jusqu'à un âge avancé à celui qui nécessite des interventions complexes source de souffrances et de gros sacrifices pour un résultat incertain et trop souvent temporaire. »

Avec E. Pouliquen, on peut affirmer que le traitement idéal de la luxation congénitale de la hanche demeure le traitement appliqué dès la naissance par la méthode de Froelich.

Grâce au signe du ressaut qu'il faut toujours rechercher, grâce aussi aux renseignements complémentaires, de plus en plus précis, que donne l'examen radiologique, le diagnostic devient très facile dans le cas de luxations vraies et facile dans les sub ou préluxations du moins pour les médecins expérimentés. Il ne reste difficile que dans quelques cas douteux pour lesquels des examens successifs sont nécessaires et dont le traitement d'ailleurs est extrêmement simple, inoffensif, une question d'habillement.

Comme l'a écrit G. Laurence, en 1954 : « Le sort du nouveau-né vulnérable dépend tout entier des postures qui vont lui être imposées. Suivant qu'il sera bien ou mal langé, il sera normal ou infirme. »

En résumé un dépistage précoce suivi de l'application d'une hygiène correcte permettrait à cette affection de disparaître de la pathologie.

- ALBERTINI P., *Statistiques sur la proportion de malformations congénitales.* — Thèse Méd. Paris 1957, N° 59.
- ALISON F. et CORONE Mme, *La mortalité des enfants de moins de 15 ans. Rôle des malformations congénitales.* — Bull. Inst. Nat. Hyg. 1959, 14 : 1195.
- AZER V., *Contribution à l'étude des malformations fœtales et congénitales.* — Thèse Méd. Lyon 1944, N° 572.
- BEDOUELLE J., *Les hanches dysplasiques du nouveau-né.* — Gaz. Méd. 25 janvier 1962.
- ROCK J.A. and FRACCARO M., *Research on congenital malformations.* — Etudes néonatales 1956, 5 : 39.
- DEBRÉ, *Les malformations congénitales, problèmes médicaux, psychologiques et sociaux.* — Sem. Hôp. 70, décembre 1961.
- DOYLE T.V., *Les malformations congénitales et leurs relations avec l'âge parental et l'ordre de naissance des enfants atteints.* — J. Génét. Hum. 1959, 8 : 179.
- REY, *La fréquence des malformations congénitales.* — Sem. Hôp. Paris 14-12-61, p. 3643.
- MELLE P.L., *La luxation de la hanche à l'âge de la marche.* — Rev. 1957, T. VI, 17.
- Mc INTOSH R. MERRITT K.K. RICHARDS M.R. SAMUELS M.H. and BELLOW S.T., *The incidence of congenital malformations : a study of 5.964 pregnancies.* — Pediatrics, 1954 - 14 - 505.
- Mc KEOWN T. and RECORD R.G., *Malformation in a population observed for five years after birth. In : Gibs Symposium on congenital malformations, London 1960.* — J. and A. Churchill, Ed. 1 vol. : 2.
- MICHIELS - SIMONNOT Y., *A propos de 162 cas de malformations congénitales. Considérations étiologiques et statistiques.* — Thèse Méd. Lyon 1959.
- NEEL J.V., *A study of major congenital defects in Japanese infants.* — Amer. J. Human Gent. 1958, 10 : 398.
- O.M.S., *Rapport épidém. démog.* — 1956, 9 : 410.
- PETIT P., *Les résultats de la réduction lente progressive de la luxation congénitale de la marche du jeune enfant à l'âge des premiers pas.* — Rev. Prat. 21 septembre 1961.
- POULIQUEN E., *Luxation congénitale de la hanche. Son dépistage. Son traitement dès la naissance.* — Rev. Prat. T. VIII - 27 - 58, p. 1943.
- RECORD R.G. and Mc KEOWN T., *Congenital malformations of the central nervous system.* — Brit. J. soc. Med. 1949, 3 : 193.
- SHAPIRO R.M., EDDY W., FITZGIBSON J. et O'BRIEN G., *The incidence of congenital anomalies discovered in the neonatal period.* — Amer. J. Surg. 1958, 96 : 396.
- TURPIN R., *Essai sur l'étiologie des malformations congénitales.* — Presse méd. 1955, 63 : 857.

